

患者氏名 _____ 様
ID: (_____)

＜緩和ケア病棟への入棟説明と同意書＞

1. 緩和ケア病棟では、手術や化学療法等、治癒や延命を目的とした治療を行いません。
2. 患者・家族に適切な病状の説明を行います。
3. 悪性腫瘍の症状緩和以外の治療を優先する必要が生じた場合や、手術、輸血、放射線治療、抗がん剤投与、ホルモン剤の投与、人工呼吸器の装着、その他の積極的・侵襲的な治療を希望する場合は、その治療が受けられる病棟への転棟もしくは転院して頂きます。
4. 疼痛緩和の目的で、症状により医療用麻薬を処方し対処します。
5. 自傷他害のおそれや、重度の認知症、とくに徘徊、大声を上げる、暴力的であるなど、他の患者の療養に影響を与えると病院が判断した場合は、病院の処遇に従って頂きます。
6. 症状が緩和し、症状が安定している場合は、1ヶ月を目処に療養先を調整し、一旦退院して頂きます。
7. 緩和ケア病棟では、医師の指示のもと、患者の喫煙・飲酒は可能ですが、患者以外の方の、喫煙・飲酒は許可しておりません。

西奈良中央病院 説明医師: _____ 印
年 月 日 同席看護師: _____ 印

上記の内容について説明を受け、十分に理解し納得しましたので同意します。

西奈良中央病院 病院長殿

年 月 日

患者	氏名	_____ 印
	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
家族 (代理人)	氏名	_____ 印
	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	続柄	_____

